

受付印

理事長	常務理事	事務長	係

支給日	令和 年 月 日	支給額	¥ _____
-----	----------	-----	---------

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者の記号・番号	群医 — —		
死亡者氏名			申請者との 続柄
死亡年月日	令和 年 月 日		
死亡の原因（傷病名）			
備 考 〔 第三者の行為による 場合はその事実並び に第三者の住所氏名 〕			
振 込 口 座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する方は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する		
振込先 銀行名	金融機関コード（ ） 銀行 支店コード（ ） 店	普通 ・ 当座 No.	名義人（フリガナ）
上記のとおり埋火葬許可証の写しを添えて申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">〒 _____</div> 住所 ※申請者 氏名			
群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿			

※申請者は、葬祭を行った方の住所・氏名を記入してください。